

DE LA MÉLANOSE
DU
Bord ciliaire palpébral
AVEC ADÉNOPATHIE LOINTAINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 18 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CAMILLE DETHÈS

Né à Pernes (Vaucluse), le 4 Mars 1895



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

DE LA MÉLANOSE

DU

Bord ciliaire palpébral

AVEC ADÉNOPATHIE LOINTAINE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM J. LEPINE..... DOYEN.
X..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	(MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'ot-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique bio.ogique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	des fonctions

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROLLET, Président ; M. TAVERNIER, Assesseur ;
MM. NOGIER et MURARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 130

DE LA MÉLANOSE

DU

Bord ciliaire palpébral

AVEC ADÉNOPATHIE LOINTAINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 18 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CAMILLE DETHÈS

Né à Pernes (Vaucluse), le 4 Mars 1895



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

1921

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnais-
sance et de filiale affection.

A MA JEUNE EPOUSE

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Officier de la Légion d'honneur*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous guider au cours
de notre travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUSSY

Chef de Clinique

A MON JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BÖCKEL

Associé national de l'Académie de Médecine
Membre honoraire de la Société de Chirurgie de Paris
Lauréat de l'Institut
Commandeur de la Légion d'honneur

Humble témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

« *Timor... calami sui initium sapientiæ* »

Nous aimons à nous le répéter au moment où la coutume ancienne nous commande de livrer à la publicité des lignes dictées par l'inexpérience.

Pour le franchir dignement, ce dernier obstacle, nous cherchons, mais en vain, dans le léger bagage de nos connaissances fraîchement acquises, un solide tremplin, d'autant plus désiré qu'il est plus loin de nous :

Amère déception..., qui secoue tout notre être d'un long frisson de crainte... Qu'importe..., si c'est là le commencement de la sagesse !

Soyons donc méfiants, jusqu'au doute, envers nous-mêmes, pour commencer à être sage ; mais s'il s'agit de lutter avec le terrible mal, la mélanose palpébrale, dont nous allons tenter l'étude, la meilleure façon de continuer à être sage, sera de s'oublier soi-même un instant, afin de laisser libre pour l'investigation tout le faisceau de nos regards.

Et quelquefois, encore, nous le montrerons dans notre travail, malgré toute notre attention, nous serons longtemps à le chercher, notre ennemi, sans le découvrir, à le

poursuivre sans l'atteindre ; heureux, faudra-t-il nous estimer, lorsque, après de patientes, laborieuses, minutieuses recherches, nous serons parvenus à déceler le repaire de ce mal trop souvent funeste à ceux qui en sont atteints.

Non content d'atteindre, par sa nature même, les plus hautes cimes de la gravité, le cancer mélanique se montre parfois sous un aspect plus redoutable encore, s'il est possible : C'est un mal qui se cache.

Aussi bien l'observation, que nous en rapportons, va nous montrer les difficultés que l'on peut éprouver à le suivre à la piste.

INTRODUCTION

Les tumeurs mélaniques de l'œil constituent à elles seules plus de la moitié des tumeurs mélaniques primitives que l'on observe dans l'organisme humain.

Leur siège se fait :

- I. — Dans le tractus uvéal, *le plus souvent* ;
- II. — Dans l'orbite, *exceptionnellement* ;
- III. — Sur le bord ciliaire et sur la conjonctive palpébrale, *exceptionnellement*.

Nous omettons volontairement de mentionner *les Tumeurs de la peau des paupières* ; elles ne constituent qu'une localisation particulière de la *mélanose cutanée*, amplement étudiée dans la thèse remarquable de M. le professeur agrégé P. BONNET (*La mélanose et les tumeurs mélaniques. Etat actuel de la question. Recherches personnelles. Thèse de Lyon, 1911*).

La mélanose de la *membrane iridochoroïdienne* n'offre rien de particulier, si ce n'est sa fréquence.

Les *tumeurs mélaniques de l'orbite* sont *exceptionnelles* ; sur une soixantaine de cas de tumeurs de l'orbite opérés par M. le professeur ROLLET, *il n'en existe aucun où cette localisation à l'orbite, de la mélanose, soit pri*

mitive : ce sont des *mélanoses secondaires* à des *mélanoses primitives* de l'œil.

C'est à la localisation, rare également, de la mélanose au niveau du bord ciliaire et de la conjonctive palpébrale, que nous bornerons notre champ d'étude.

Non pas que nous ayons la prétention d'apporter des prémices ; nous serions tard venus pour devancer M. le professeur LAGRANGE, et son magistral « *Traité des Tumeurs de l'œil (1904)* » ne laisse place pour aucune recherche personnelle.

Non, là n'est pas notre pensée. Si nous avons consacré notre modeste travail, aux seules tumeurs mélaniques du bord ciliaire et de la conjonctive palpébrale, ce n'est pas que leur étude nous ait paru incomplète jusqu'à ce jour ; c'est plutôt à cause de leur extrême rareté (on en compte à peine une quinzaine de cas dans la littérature ophtalmologique), et surtout à cause de la propriété particulière qu'elles possèdent seules : *celle de passer inaperçues au début de leur évolution.*

La première partie de notre étude sommaire comprendra l'Étiologie, l'Anatomie Pathologique, l'Étude clinique et le Diagnostic.

Nous rapporterons ensuite les observations que nous avons trouvées dans la littérature ophtalmologique.

Le Pronostic et le Traitement viendront après former la deuxième partie de notre travail.

Nous craignons constamment de nous perdre aux carrefours des discussions, et de quitter la route droite et lumineuse des faits, pour nous engager dans les sentiers tortueux et obscurs des idées théoriques.

HISTORIQUE

Les proportions ne seraient plus gardées, si nous allions, à propos de notre sujet, dont la place est si petite au sein de la mélanose, retracer tout le tableau de son histoire ; on trouvera, du reste, dans la thèse de M. le professeur agrégé P. BONNET (*Thèse de Lyon*, 1911), tous les renseignements relatifs à l'histoire de la mélanose.

Nous nous bornerons donc à relater tout ce qui a trait aux tumeurs mélaniques des paupières, directement. Chose aisée, puisque nous n'avons qu'à traduire les lignes d'un maître :

CARLO-CAPELLINI : « Sul melanosarcoma delle palpebre. Contributio allo studio dei tumori palpebri » (*Annali di Ottalmogia*, 1899, p. 487.)

« Le sarcome primitif des paupières est, selon tous les auteurs, une tumeur assez rare. DE WECKER (*Traité d'ophtalmologie*. De Wecker et Landolt, tome I, 1880) dit qu'on ne la rencontre qu'*exceptionnellement*. ZIMMERMAN (1894), publiant un cas de mélanosarcome, affirme n'avoir trouvé, dans toute la littérature, que 4 cas semblables.

« Dans une communication plus récente, FAGE (*Archives d'Ophtalmologie*, 1898) a rassemblé, au total, 15

« *observations de sarcomes des paupières pigmentés ou*
« *non pigmentés.*

« Toutefois la bibliographie n'est pas aussi pauvre, et
« j'ai pu réunir moi-même une *trentaine de cas publiés*,
« dont la plupart traitent du sarcome mélanique. »

Jusqu'en 1905, le total des observations publiées ne s'est pas sensiblement accru ; nous empruntons à M. le professeur LAGRANGE (*Traité des Tumeurs de l'œil*, tome II, p. 674), le passage suivant :

« Le sarcome primitif des paupières est *une affection*
« *rare*, et nous n'avons *que très peu de cas à ajouter à*
« ceux que FAGE a consignés dans son travail paru en
« 1898. Avant lui, VAN DUYSE a publié sur ce sujet une
« étude d'ensemble, et après lui, CARLO-CAPELLINI (1899) ;
« si bien que l'historique de la question est tout entier
« contenu dans les publications de ces trois auteurs. Nous
« signalerons, chemin faisant, les observations isolées qui
« ont été publiées ; quatre d'entre elles nous appartiennent. »

En résumé, DE WECKER 1880, ZIMMERMANN 1894, FAGE 1898, CAPELLINI 1899, LAGRANGE 1904, ont successivement fouillé la littérature ophtalmologique. Il ressort de leurs recherches que le nombre des observations publiées oscille autour de la *trentaine*.

Nous faisons de suite remarquer que sur ces trente cas publiés, il en est qui traitent de tumeurs non mélaniques, d'autres qui sont bien des tumeurs mélaniques mais dont le siège est la peau des paupières. Tous ces cas ne rentrent pas dans le cadre des tumeurs dont nous abordons l'étude ; si bien que le nombre des tumeurs mélaniques siégeant soit au niveau du bord ciliaire, soit

au niveau de la conjonctive palpébrale, atteint à peine *la quinzaine*. Nous apportons dans cette étude une observation nouvelle recueillie dans les services de MM. les professeurs ROLLET et TIXIER.

OBSERVATION I (*inédite*)

(Recueillie dans les services de M. le Professeur TIXIER
et de M. le Professeur ROLLET.)

*Tumeur mélanique du bord ciliaire palpébral droit,
avec tumeur mélanique ganglionnaire, secondaire,
de l'aisselle gauche*

1° PARTIE CLINIQUE (1)

(Recueillie par M. le Professeur agrégé P. BONNET,
dans la clinique de M. le Professeur TIXIER.)

B... Rose, 70 ans, ménagère, entre à la salle Sainte-Anne, n° 8, le 7 novembre 1919, pour une tumeur de l'aisselle gauche.

Antécédents héréditaires : Père mort très âgé, à 89 ans. Mère morte à 75 ans de « dépression ». Elle aurait pendant 30 ans souffert de coliques très douloureuses.

Antécédents collatéraux : Un frère mort après six mois d'une maladie indéterminée.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 15 ans. Régliée à 14 ans, régulièrement; mariée à 19 ans.

Elle a eu 8 enfants, dont 4 sont morts en bas-âge, et un à 19 ans, de refroidissement.

La malade eut à la suite du premier accouchement, une phlébite gauche. Elle n'a jamais eu aucune autre maladie, et n'a subi aucune opération.

L'affection actuelle date d'un an : Vers cette époque, la malade constate la présence dans l'aisselle gauche d'une petite tuméfaction arrondie, du volume d'un œuf de pigeon, mobile sous les téguments « comme une bille ».

(1) Voir la partie anatomie-pathologique au chapitre II.

La peau, qui était normale au début, devint bleue au mois d'août dernier, puis la tuméfaction augmenta de volume; les téguments devinrent noirs et s'ulcérèrent le 22 août. Subitement une grande quantité de sang s'écoula. Il n'y avait pas de caillots. Le sang était fluide, sale, tachant le linge de rouge mêlé de noir.

Depuis ce moment, un écoulement continuel, peu abondant, se fait par la plaie.

Actuellement, *dans l'aisselle gauche* : tuméfaction du volume d'un œuf multilobée, ulcérée, siégeant à la base de l'aisselle, contre la paroi thoracique.

L'ulcération siège sous un repli des téguments en un point où l'adhérence cutanée est plus intime, et la peau franchement noire, d'un noir d'ébène.

Un liquide puriforme, épais, rouge sale, sourd à l'orifice, et du sang plus fluide, sale, s'écoule en filets le long de la paroi thoracique.

La tuméfaction elle-même n'adhère aux téguments qu'en ce point. Elle est immobile sur les plans profonds; elle est indolore, mais de temps en temps, des lancées douloureuses en partent et s'irradient à l'épaule.

On pratique un examen systématique dans le but de découvrir le siège du néoplasme mélanique, car cette adénopathie axillaire ne peut être que symptomatique.

L'examen du *membre supérieur gauche* ne révèle rien.

L'index porte les traces d'une tourniole datant de 8 ans, n'ayant présenté aucun caractère spécial.

Il existe sur le bord cubital de l'avant-bras un petit angiome rouge, ne s'accompagnant d'aucun symptôme fonctionnel. Il n'y a ni lymphangite, ni adénite sus-épitrochléenne.

L'examen méthodique du *sein gauche* puis du sein droit ne révèle la présence d'aucune tumeur des téguments ni de la glande.

On fait alors un examen systématique des *téguments* :

Il existe de nombreux naevi rouges de date récente, disséminés sur tout le corps.

Pigmentation du cou ayant apparences de vitiligo. Crasse des vieillards à la ceinture, à l'emplacement du corset.

Il existe au niveau du membre inférieur gauche, qui fut le siège de la phlébite post-puérpérale les traits d'un ulcère variqueux et quelques varices à la partie supérieure de la cuisse. Varices de la vulve.

Examen des yeux : L'examen méthodique des yeux, siège fréquent de mélanose, montre les traces, à droite, d'une dacryocystite, qui s'est ouverte spontanément, et qui se traduit encore par une dilatation du sac lacrymal. Il y a aussi un peu de blépharite de cet œil. La vue est un peu moins bonne du côté droit.

En relevant le bord libre de la paupière supérieure droite, pour explorer la conjonctive palpébrale que l'on sait être parfois le siège de mélanomes primitifs, on découvre tout près du bord ciliaire une tache mélanique du volume d'une tête d'épingle en métal, à peine surélevée, très noire.

Il s'agit évidemment d'une tache mélanique.

Est-elle susceptible d'avoir donné lieu à une généralisation dans l'aisselle ?

C'est là le point délicat de la question que l'examen histologique seul pourrait sans doute trancher.

Dans ce but, la malade est adressée à M. le Professeur Rollet.

L'examen des territoires lymphatiques ne montre la présence d'aucun ganglion prétragien, parotidien, ni sous-maxillaire. Il n'y a pas non plus de ganglions de la chaîne carotidienne, mais seulement des ganglions un peu gros dans l'aisselle droite. Il n'y a aucun signe de généralisation du côté des viscères. Les urines ne renferment pas de pigment mélanique. L'état général semble relativement bien conservé, malgré une perte considérable des forces.

Le 18 décembre 1919, on pratique l'ablation de la masse ganglionnaire de l'aisselle, dans le service de M. le Professeur Tixier, et l'ablation en V de la tumeur palpébrale, dans le service de M. le Professeur Rollet, est pratiquée le 25 décembre de la même année.

Au mois de juillet 1920, soit 7 mois après l'intervention, la malade écrit à M. le Professeur Tixier : « Vous me demandez « si l'œil dont la paupière a été opérée va bien, et ce que sont « devenues les glandes de l'aisselle. J'ai la très grande joie de « vous dire que les deux opérations ont complètement réussi,

« j'y vois très bien, mais mon œil pleure de temps en temps;
« quant à mon bras je m'en sers très bien maintenant, mais
« je ne peux pas porter de choses lourdes; je me contente
« de me trouver dans ce *bon état* de santé, vu mon âge, et je
« vous suis bien reconnaissante. »

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE

La connaissance des observations que nous avons pu rassembler nous amène à formuler les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs mélaniques s'observent indifféremment dans les deux sexes et aux deux paupières ;

2° *L'Influence de l'Age est prépondérante* ; HOHENBERGER (*Archives für Ophthalmologie von Graefe's*. Leipzig, 1892. Band XXXVIII, 2 Abtheilung, p. 145) le signale en ces termes :

«... les sarcomes primitifs *non pigmentés* se voient sur-
« tout chez les enfants ; au contraire, le sarcome méla-
« nique se voit surtout chez les gens âgés, et siège avec
« prédilection dans le voisinage du bord ciliaire palpé-
«bral. »

Nous n'avons pas voulu, toutefois, asseoir notre opinion sur cette seule affirmation... d'Outre-Rhin.

Nous avons mis en parallèle, dans une statistique, les cas de tumeurs non pigmentées, avec ceux concernant des

tumeurs mélaniques. Que l'on veuille la parcourir du regard, et l'on ne doutera plus de son éloquence :

Sarcomes non pigmentés

Sarcomes pigmentés

1. Proust et Bull. F. 18 ans	1. Hohenberger .. F. 26 ans
2. Ceppi G. 5 a. ½	2. Galenga F. 34 ans
3. Chisolm F. 5 ans	3. Guibert H. 48 ans
4. Casey et Wood. G. 7 m ¹⁸	4. Kalstalskaïa .. F. 31 ans
5. Dubar F. 8 ans	5. Schültze F. 61 ans
6. Talko G. 12 ans	6. Van Duyse .. H. 48 ans
7. Samelson G. 10 m ¹⁸	7. C. Capellini .. F. 64 ans
8. Van Duyse.... F. 7 ans	8. Blanch F. 56 ans
9. Hirschberg ... G. 6 ans	9. Richet ? . ?
10. Ransohoff F. 12 ans	10. Lagrange F. 52 ans
11. Zehender G. 6 ans	11. Lagrange H. 70 ans
12. Steiner H. 35 ans	12. A. Szubislawski H. 55 ans
13. Forster H. 32 ans	13. Thilliez F. 45 ans
14. Eperon F. 32 ans	14. Galezowski ... F. 63 ans
15. Vchirmer H. 70 ans	15. Rollet et Tixier F. 70 ans
16. Lilienfeld F. 76 ans	

D'une part, sur 16 cas de *tumeurs non pigmentées*, 14 intéressent des sujets dont l'âge est compris entre 7 mois et 35 ans ; d'autre part, 15 cas de *tumeurs mélaniques*, toutes concernant des sujets dont l'âge varie de 26 à 70 ans.

En concluant que *les tumeurs non pigmentées* apparaissent chez *les sujets jeunes*, tandis que *les tumeurs mélaniques* sont *l'apanage des gens âgés*, nous ne faisons qu'exprimer la notion qui se dégage de notre statistique personnelle.

Dans une deuxième statistique, concernant les observations de tumeurs mélaniques que nous avons rassem-

blées, nous avons noté en regard de chaque cas, les antécédents en relation avec l'apparition de la tumeur :

Auteurs	Antécédents signalés
1. <i>Blanch</i>	Néant.
2. <i>Hohenberger</i>	Naevus pigmentaire.
3. <i>Galenga</i>	Néant.
4. <i>Carlo-Capellini</i>	Néant
5. <i>Guibert</i>	Traumatisme (brûlure antér.).
6. <i>Kalstalskaia</i>	Néant.
7. <i>Schültze</i>	Néant.
8. <i>Van Duyse</i>	Néant.
9. <i>Richet</i>	Néant.
10. <i>Lagrange</i>	Néant.
11. <i>Lagrange</i>	Traumatisme (coup).
12. <i>A. Szulislawski</i>	Inoculation de la conjonctivite bulbaire à la conjonctivite palpébrale.
13. <i>Thilliez</i>	Néant.
14. <i>Galezowski</i>	Néant.
15. <i>Rollet et Tixier</i>	Inflammation (Dacryocystite et blépharite).

Sans vouloir attribuer à nos chiffres la valeur de formules mathématiques, nous dirons que :

a) l'influence de l'*Inflammation* (Dacryocystite et Blépharite) se révèle dans 7/100 des cas ;

b) l'influence du *Traumatisme* (coup, brûlure, etc...) se révèle dans 14/100 des cas ;

c) l'influence du *Nævus pigmentaire* se révèle dans 7/100 des cas environ ;

d) l'influence de l'*Inoculation* se révèle dans 7/100 des cas environ.

Inoculation. — Les tumeurs apparues sur la paupière, à la suite d'une *Inoculation*, sont évidemment des tumeurs secondaires, nous en reparlerons, du reste, à propos de l'Etude clinique et du Pronostic. Nous tenons simplement à faire remarquer ici que certaines tumeurs du bord ciliaire ou de la conjonctive palpébrale produites par l'*Inoculation* de tumeurs primitives de la conjonctive bulbaire, peuvent n'apparaître à la vue, qu'après l'ablation chirurgicale de la tumeur bulbaire primitive, alors même que la guérison opératoire se montre parfaite. Dans ce cas, la *tumeur secondaire inoculée à la conjonctive palpébrale ne diffère pas d'une tumeur primitive, quant à ses caractères cliniques* : c'est une tumeur circonscrite, bien limitée, *sans aucun trait d'union mélanique dans les tissus*, avec la place occupée autrefois par la tumeur primitive de la conjonctive bulbaire.

En somme, tandis que dans la propagation par continuité et dans la généralisation avec tout le cortège de ses métastases, la voie suivie par le cancer mélanique est *intratissulaire*, dans l'*Inoculation*, au contraire, la voie suivie est *extratissulaire* : autrement dit, une tumeur primitive de la conjonctive bulbaire se propage à la conjonctive palpébrale (ou réciproquement) :

1° *Par continuité*, en s'infiltrant de proche en proche à travers les tissus, en allant contourner le cul-de-sac conjonctival ;

2° *Par Inoculation*, en allant droit au but, en émergeant à la surface de la conjonctive bulbaire, pour franchir l'espace virtuel qui sépare les deux conjonctives, et pénétrer directement dans la partie de la conjonctive palpébrale, qui la recouvre.

On conçoit dans ce dernier cas, que si l'on a pu obtenir, par l'ablation précoce, la guérison de la tumeur primitive de la conjonctive bulbaire, la *tumeur secondaire inoculée* à la conjonctive palpébrale *possède tous les attributs d'une tumeur primitive*, puisque partout ailleurs, autour d'elle, les tissus sont vierges de toute infiltration mélanique. Ces données sont surtout importantes en matière de traitement, car de telles tumeurs sont uniquement justiciables de l'ablation simple en V, qui convient aux tumeurs primitives.

L'observation d'ADAM SZULISLAWSKI (*Centralblatt für Augenheilk.* Octobre 1891, p. 301-307) en est un exemple remarquable.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- Suivant l'usage établi, nous conservons l'appellation de « sarcomes », mais nous ne voulons rien préjuger de la nature histologique de ces tumeurs, car nous savons que ce sont presque toujours des épithéliomes.

Au demeurant cela importe peu, et nous lisons dans la thèse de M. le professeur agrégé P. BONNET (*Thèse de Lyon, 1911*) :

« La classification des tumeurs mélaniques en sarcomes et épithéliomes ne possède, au point de vue clinique, aucune valeur. On ne peut établir aucune différence clinique entre les tumeurs mélaniques classées sous le nom d'épithéliomes et celles désignées comme sarcomes. »

Les cas publiés sont trop peu nombreux pour permettre d'en tirer des conclusions d'une portée générale, et notre contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de ces tumeurs se bornera à l'examen histologique de la tumeur qui fait l'objet de notre travail.

Le dessin histologique exécuté par M. le professeur agrégé P. BONNET éclairera notre exposé :

OBSERVATION I (inédite)

2° PARTIE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Examen macroscopique et microscopique fait au laboratoire de la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, par M. le Docteur Bussy, chef de clinique.

Examen macroscopique :

Le fragment de paupière enlevé montre les lésions suivantes :

1° Sous la conjonctive palpébrale, à 2 millimètres au-dessus de la lèvre postérieure du bord libre, il existe une tache noire, arrondie, de 4 millimètres de diamètre environ. Les bords de cette tache noire s'estompent peu à peu, et sous sa couleur brune finit par disparaître comme noyée sous le rouge de la conjonctive ;

2° Au niveau du bord libre lui-même; entre les lèvres postérieure et antérieure de ce bord, on distingue, sur une étendue de 2 millimètres environ, une tache un peu brunâtre, qui paraît correspondre à un dépôt profond de pigment.

Il s'agit uniquement de taches et non de tumeur plus ou moins surélevée. A ce niveau, la muqueuse paraît normale et ne présente ni ulcération, ni saillie, ni altération d'aucune sorte.

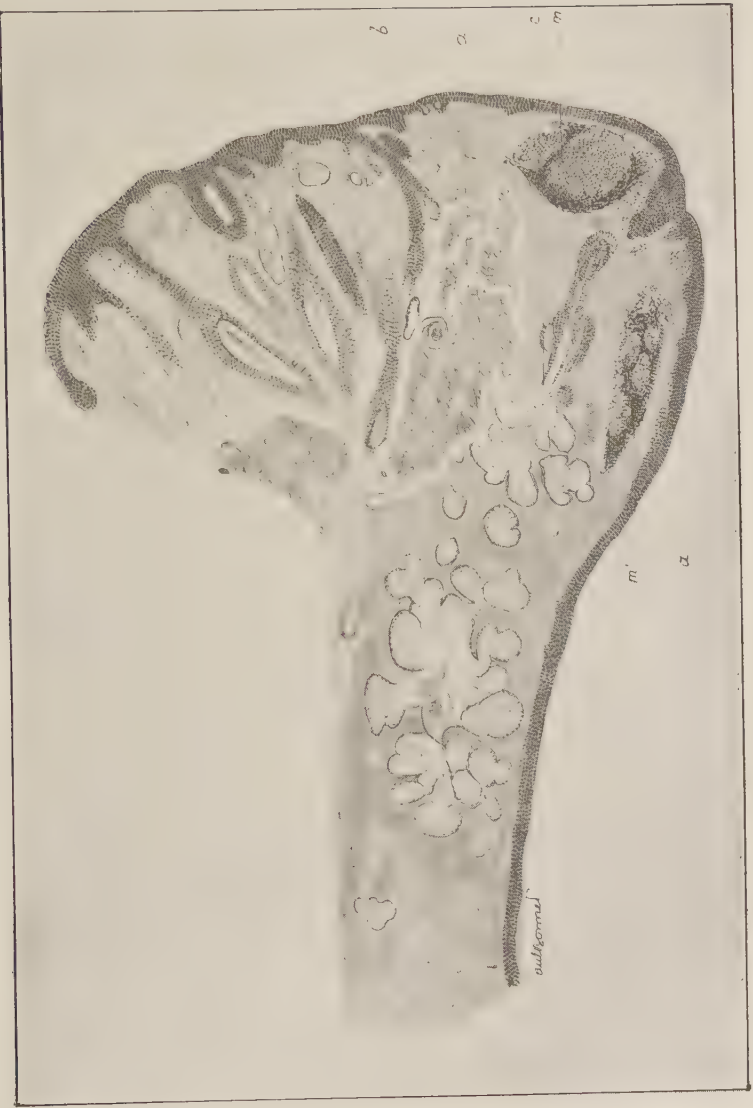
Examen microscopique :

Fixation au formol acétique.

Inclusion à la celloïdine.

Sur une coupe antéropostérieure intéressant les deux taches pigmentaires par leur partie moyenne, on constate que l'on a affaire à deux formations pigmentaires distinctes, séparées l'une de l'autre par les canaux excréteurs des glandes de Meibomius et paraissent assez nettement individualisées.

La première de ces formations appartient au derme sous-conjonctival; la seconde fait partie du cuir ciliaire.



1° *Tumeur mélanique sous-conjonctivale.* — L'épithélium conjonctival est un peu épaissi à ce niveau, mais sans modification bien apparente de son architecture normale. Les cellules épithéliales ne sont pas modifiées; elles sont seulement plus nombreuses et plus tassées, et ne contiennent pas de pigment. Aucune mitose visible.

Un peu au-dessous de l'épithélium, à la limite du derme et du cartilage tarse, s'étale une mince couche pigmentaire fortement colorée. Cette couche semble s'être développée autour de deux petits amas de cellules arrondies, de petites dimensions, fortement tassées, les unes contre les autres, à noyaux ovalaires prenant bien les colorants basiques, et qui semblent être des cellules conjonctives. Ces cellules sont encombrées de blocs pigmentaires d'une coloration variant du brun jaunâtre au noir franc. Autour de ces amas cellulaires on distingue des grains de pigment de dimension et de coloration variable, qui paraissent libres, extracellulaires, et qui s'insinuent entre les fibres du tarse. A mesure que l'on s'éloigne des nodules cellulaires ci-dessus décrits, les grains de pigments deviennent plus rares et de plus petites dimensions. Il n'existe aucune trace de prolifération active des cellules en ce point.

On ne constate ni cordons cellulaires envahissant les tissus du voisinage, ni karyokynèse. La vascularisation est abondamment représentée par de multiples capillaires, mais cette disposition est normale au niveau du bord palpébral. En résumé, petits amas de cellules de type conjonctif, dont il est impossible de déterminer l'origine inflammatoire ou néoplasique. A l'intérieur de ces cellules, et surtout autour d'elles, au sein du tissu conjonctif fibreux du tarse, nombreuses granulations pigmentaires de toutes formes et de toutes tailles.

2° *Tumeur mélanique du bord libre de la paupière.* — Elle est représentée par un lobule arrondi de nature sûrement épithéliale, sans connexion avec l'épiderme et entouré de toute part par une condensation du derme qui lui fait une sorte de capsule. Ce lobule est formé de cellules assez volumineuses, polygonales, serrées les unes contre les autres, à gros noyau ovalaire, et dont l'exoplasma strié signe en quelque sorte l'origine malpighienne. Les cellules qui occupent la périphérie du lobule renferment quelques rares grains de pigment de

petites dimensions. Dans le tissu conjonctif périlobulaire, on trouve par contre du pigment en grande abondance, blocs irréguliers, fines granulations ou traînées allongées, dont la couleur varie du jaune au noir. Ce pigment semble parfois contenu dans les fibres conjonctives; plus souvent, il paraît isolé et il est difficile de le rattacher à un substratum cellulaire. De minces travées conjonctives, chargées de pigment, partent du tissu conjonctif périlobulaire et pénètrent dans le lobule avec des vaisseaux. Dans le lobule lui-même les mitoses sont nombreuses et irrégulièrement orientées, ce qui témoigne de l'activité évolutive de la tumeur.

En résumé, *épithélioma mélanique* du bord palpébral à type inapigien.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

1° *Evolution sur place* (dans la paupière) :

a) La tache mélanique :

C'est la phase latente qui ne s'accompagne d'aucun symptôme subjectif ou fonctionnel. Est-ce un nævus ou déjà un mélanome ; l'examen clinique est impuissant à le dire. Ce stade peut durer des années. C'est un point noir à l'horizon, un danger pour l'avenir. Puis brusquement sous l'influence d'un traumatisme quelconque, ou spontanément, la tache peut se mettre à croître et atteindre en quelques mois un développement prodigieux : — « Des tumeurs jusqu'alors bénignes, dit THILLIEZ (Clinique Ophtalmologique, 1897), peuvent rapidement devenir malignes, et envahir rapidement l'organe atteint. »

b) La tumeur mélanique :

Des symptômes subjectifs et fonctionnels entrent en scène : fourmillements, prurit, douleurs intermittentes,

larmoient, photophobie. On observe l'augmentation de volume de la tache ; à ce moment on peut encore assigner un siège précis à son point de départ ; mais bientôt la tumeur s'étend, et le diagnostic du siège initial devient impossible.

Le développement de la tumeur se fait :

A : tout le long du bord libre de la paupière ;

B : en arrière, vers la conjonctive ;

C : en avant, vers la peau.

2° *Propagation de voisinage.*

a) *Par Inoculation :*

Nous avons déjà exposé son mécanisme au chapitre de l'étiologie, auquel nous renvoyons. Nous nous bornerons à répéter ici que l'Inoculation d'une tumeur de la conjonctive palpébrale à la partie correspondante de la conjonctive bulbaire, est une propagation *extra-tissulaire*, à travers l'espace virtuel séparant les deux conjonctives, palpébrale et bulbaire.

L'observation de Carlo-Capellini (*Annali di Ottalmogia*, 1899) en est un exemple probant : ...Un homme âgé de 64 ans est atteint de mélanosarcome de la conjonctive palpébrale de la paupière inférieure droite ; on pratique l'excision en V de la tumeur.

Quatre mois après, alors que la guérison opératoire se maintient parfaite, la conjonctive bulbaire est parsemée de points pigmentés, à l'endroit précis, correspondant à la partie de la paupière anciennement occupée par la tumeur extirpée. Il s'agissait évidemment d'une Inoculation de la conjonctive palpébrale à la conjonctive bulbaire.

b) Par continuité :

1) De proche en proche, sur la muqueuse, en contournant le cul-de-sac conjonctival, la tumeur peut également gagner la conjonctive bulbaire, puis l'orbite, occasionnant des douleurs atroces dans les régions orbitaires et péri-orbitaires, et de l'exophtalmie presque *toujours oblique*. *Le globe n'est jamais envahi*. A ce propos, nous avons entendu M. le professeur ROLLET montrer que dans la tumeur mélanique de l'œil, d'observation très fréquente, les paupières, *au contraire*, résistent très longtemps au processus envahissant. Quand le sarcome choroïdien mélanique, longtemps inclus dans l'œil, s'est extériorisé par la perforation de la coque oculaire, il infiltre l'orbite et peut passer dans les sinus et au sac lacrymal (*Thèse de Lyon, 1907. D^r Kassapian*) ; mais les paupières, encore à ce moment, ne sont pas envahies.

Dans l'observation de THILLIEZ, on sentait derrière le globe, une tumeur qui le débordait en haut et en dehors. L'examen du fond d'œil ne fit découvrir aucune lésion. *L'acuité visuelle était restée normale*.

2) L'envahissement, de proche en proche, peut avoir lieu sur la peau. Dès qu'elle a mordu sur la peau, la tumeur mélanique pousse des bourgeonnements saignant au moindre contact, ou même spontanément, entraînant des hémorragies dont la répétition anémie considérablement le sujet. Tel un ulcus rodeus, la tumeur gagne la face, la joue, la fosse temporale, l'autre paupière, l'orbite et les sinus voisins et même la cavité crânienne. On assiste alors à l'un de ces horribles délabrement du massif facial comme celui que signale THILLIEZ :

« ...le malade présente une tumeur ulcérée, irrégulière,

« à bourgeons noirâtres, recouverts d'un liquide purulent
« à odeur infecte, ayant envahi les tissus voisins et des-
« cendant jusqu'à la partie inférieure de la face pour
« remonter jusqu'au milieu du front. »

Le sujet succombe soit à la cachexie, soit aux phénomènes cérébraux résultant de l'extension locale du mal.

D'autres fois, comme chez la malade opérée par M. le professeur ROLLET (en 1909) pour une tumeur de la paupière secondaire à une tumeur de la conjonctive bulbaire, la tumeur offre une surface ulcérée, noirâtre, qui est le siège d'incessantes hémorragies, et la mort survient à bref délai (18 mois dans le cas de cette malade) dans un syndrome d'anémie aiguë, de cachexie et de septicémie surajoutée.

3° *Propagation lymphatique :*

L'envahissement ganglionnaire est la norme dans l'évolution du cancer mélanique, en général. Cependant nous ne l'avons pas rencontré dans toutes les observations. Toutefois, RICHET (Mouvement Médical, 1879) signale l'engorgement du ganglion prétragien et des ganglions parotidiens ; THILLIEZ (Clinique ophtalmologique, 1898) l'engorgement des ganglions prétragien, parotidien, sous-maxillaires ; GALEZOWSKI (Recueil d'ophtalmologie, 1888) l'engorgement considérable du ganglion prétragien ; MM. les professeurs TIXIER, ROLLET, BONNET (1919) l'engorgement des ganglions axillaires du côté opposé à la tumeur palpébrale.

En somme, l'envahissement des ganglions s'est rencontré 4 fois sur 15 observations, soit dans 25 pour 100 des cas, environ.

Nous n'abordons pas le chapitre de la généralisation parce que les éléments nécessaires à l'édifier manquent presque totalement dans les observations publiées.

Il est probable, d'ailleurs, que la généralisation n'est pas différente de celle des tumeurs mélaniques en général.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

La mélanose du cuir ciliaire et de la conjonctive palpébrale se présente sous un jour essentiellement changeant suivant chaque cas particulier :

a) *Il y a des cas faciles :*

1° Le malade vient consulter pour une tumeur du rebord palpébral. La coloration brunâtre ou noirâtre est bien nette ;

2° Le malade offre à l'examen tous les caractères précédents. On constate de plus un engorgement du ganglion prétragien.

Dans ces deux cas, la mélanose s'offre elle-même aux regards de l'observateur ; seul le diagnostic du siège initial de la tumeur, peut être délicat, difficile même, si la tumeur a déjà évolué sur place.

b) Le malade vient consulter pour une tumeur sur laquelle on ne décèle pas trace de coloration foncée ?

Si l'on n'a pas d'autre élément de diagnostic, on risque fort de méconnaître la nature mélanique de la tumeur ;

s'il existe de l'engorgement ganglionnaire, l'examen de ces ganglions est alors d'un grand secours, et, le *fait qu'ils apparaissent bleutés* sous la peau, signe le diagnostic de la nature mélanique.

c) Il peut arriver que le malade vienne demander conseil pour des métastases ; on connaît la fréquence des nodules cutanés métastatiques dans l'évolution du cancer mélanique, en général. Le malade porte en même temps une petite tumeur mélanique de la paupière évoluant sur place avec beaucoup de lenteur, à bas bruit ; si bien que les troubles occasionnés par les métastases sont seuls à occuper son esprit. Dans ce cas il faut savoir remettre les choses dans l'ordre, reconnaître le caractère secondaire, métastatique des lésions occupant le premier plan, grâce aux troubles qu'elles entraînent, c'est-à-dire ne pas méconnaître la relation de cause à effet existant entre la *tumeur insidieuse* de la paupière et les *métastases bruyantes engendrées par elle*.

d) Cas tout à fait extrême, c'est le nôtre : le malade se présente à l'examen avec une masse néoplasique métastatique, ou *avec une tumeur ganglionnaire bleutée* dans l'aiselle, par exemple (comme dans notre observation), sans autre lésion apparente sur le corps. On cherche la porte d'entrée, mais *l'examen le plus minutieux ne peut la faire découvrir dans les régions tributaires des ganglions envahis* : Ainsi, s'il s'agit d'une masse ganglionnaire de l'aisselle, on ne trouve pas de lésion :

au membre supérieur,
aux seins,
au cou,
au dos.

Le diagnostic étiologique restera alors fatalement méconnu, si l'on ne songe pas à l'existence de tumeurs mélaniques très distantes, et si l'on oublie que l'œil est le siège de prédilection de la mélanose. Très souvent c'est l'examen complet de cet organe qui apportera la clef du diagnostic ; encore ne faudra-t-il pas se contenter d'examiner le globe (conjonctive bulbaire, sclérotique, limbe, tractus uvéal), mais bien se souvenir de l'existence possible de tumeurs mélaniques du cuir ciliaire ou de la *conjonctive palpébrale visibles après le retournement des paupières, seul capable de livrer le secret de leur cachette.*

Il n'est pas douteux que beaucoup de tumeurs mélaniques, décrites comme primitives dans les ganglions, avaient leur origine dans des tumeurs semblables.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

D'après les 15 observations que nous rapportons, nous pouvons établir la statistique suivante :

AUTEURS	Evolution post-opératoire de la tumeur.
1. <i>Blanch</i>	Pas de récurrence 2 mois après l'ablation.
2. <i>Horner</i>	Pas de récurrence 8 mois après l'ablation.
3. <i>Hohenberger</i> ,...	La guérison se maintient parfaite 13 ans après l'opération.
4. <i>Galenga</i>	1 ^{re} Opération suivie de récurrence locale 1 mois 1/2 après. 2 ^e Opération après laquelle on n'a plus de renseignements.
4. <i>Carlo-Capellini</i> ..	1 ^{re} Opération suivie de récurrence locale 15 jours après. 2 ^e Opération suivie de récurrence 3 mois après, sur la conjonctive bulbaire.
6. <i>Guibert</i>	Pas de renseignements post-opératoires.
7. <i>Kalstalskaia</i>	Pas de renseignements post-opératoires.

8. *Schültze*..... 2 Opérations successives suivies de récidives, la 1^{re}, 8 mois après; la 2^e, 14 mois après; 3^e opération (*exentération de l'orbite + ablation totale de la paupière*); la malade meurt d'une congestion cérébrale 10 mois après la 3^e opération, sans avoir présenté de récurrence.
9. *Van Duyse*..... Récurrence 7 mois après l'opération.
10. *Richet* Pas de renseignement post-opératoire.
11. *Lagrange* L'exentération est suivie de récurrence dans l'orbite, 6 mois après.
12. *Lagrange*. Récurrence locale 2 ans après l'extirpation.
13. *Adam Szulislowski* 1^{re} Récurrence locale 1 an après l'opération.
2^e Opération, puis plus de renseignements.
14. *Thilliez* 1^{re} Récurrence locale, 8 mois après l'opération; 2^e opération suivie de récurrence dans l'orbite, avec engorgement ganglionnaire parotidien sous-maxillaire prétragien, 2 ans après; 3^e opération (exentération de l'orbite) suivie de récurrence dans l'orbite 15 jours après, tumeur ulcérée détruisant le massif facial amenant la mort à bref délai.
15. *Galezowski* 1^{re} Récurrence 4 mois après l'opération (engorgement des ganglion prétragien); 2^e opération suivie de récurrence locale 2 mois après.
16. *Rollet et Tixier*.. La guérison se maintient 13 mois après la 1^{re} opération (ablation en V de la tumeur palpébrale, et, extirpation de la tumeur ganglionnaire de l'aisselle opposée).

La statistique que nous avons dressée pourrait se passer de commentaires. Nous la croyons suffisamment suggestive pour fixer les idées au sujet du pronostic opératoire. Dans tous les cas publiés, qui ont été suivis, il n'en est qu'un seul dans lequel la récurrence ne s'est pas montrée dans le cours des deux années consécutives à l'intervention.

Aussi bien, cette malignité, sans borne, a été signalée depuis longtemps :

En 1887 déjà, VAN DUYSE (*Annales d'oculistique*, 1887, p. 126) disait, en parlant des tumeurs mélaniques nées dans l'épaisseur de la paupière, ou dans la conjonctive palpébrale :

« ... Ces tumeurs se caractérisent par la rapidité de leur
« évolution, et la fréquence de leurs récurrences ; les unes
« et les autres demandent une intervention aussi rapide
« et aussi radicale que possible. »

En 1892, HOHENBERGER (*Archiv für Ophthalmologie von Graef's*, Leipzig, 1892, p. 150) s'exprime en ces termes :

« En ce qui concerne le Pronostic général du mélanosarcome, on sait qu'il est absolument fatal, plus encore
« que pour le sarcome non pigmenté, si l'on n'a pas pratiqué une ablation très précoce. Et même dans ce cas
« où l'opération a été très précoce, la vie est encore dangereusement compromise par la tendance particulière
« de ce genre de tumeurs, d'abord à la récurrence locale,
« puis à la formation de métastases précoces. »

Après eux, THILLIEZ, de Lille (1897) (*Clinique Ophtalmologique*, 1897) exprime la même idée :

« ... Des tumeurs, jusqu'alors bénignes, peuvent rapi-

« dement, sous l'influence d'une cause encore inconnue, »
« devenir malignes, et envahir l'organe atteint. *L'extirpation précoce est de rigueur.* »

C'est aussi l'opinion du professeur LAGRANGE (dans son Traité des Tumeurs de l'œil, 1904) :

« ... Les tumeurs mélaniques des paupières, dit-il, justifient une thérapeutique active, consistant dans l'*extirpation très large* du néoplasme selon les règles chirurgicales, qui concernent le traitement du cancer ; après l'extirpation, la perte de substance sera comblée par une blépharoplastie appropriée. »

Ainsi, tous les auteurs sont d'accord pour préconiser une exérèse large et précoce de la tumeur.

Hohenberger remarque fort justement, et notre statistique confirme son opinion, que malgré cette ablation large et précoce, le malade reste encore exposé aux dangers de la *récidive locale* et des *métastases*.

Ce sont là les deux éventualités les plus fréquentes et les plus connues. Mais il en est une troisième dont la gravité n'est pas moindre, nous voulons parler de l'*Inoculation* (de la conjonctive palpébrale à la conjonctive bulbaire. Il en existe du reste de nombreuses observations cliniques (Epithélioma de la lèvre supérieure inoculé à la lèvre inférieure ; Epithélioma du dos de la main inoculé aux paupières. VON WEHR, HANAU, EISELBERG, MOXON, KLEBS, KRASKE, ERBSE..., tumeur mélanique de la conjonctive bulbaire inoculée à la conjonctive palpébrale. ADAM SZULISLAWSKI, *Centralblatt f. Aug.*, 1896.) Nous retiendrons seulement l'observation de Carlo-Capellini (*Annali di Ottalmogia*, 1899) : Un homme, âgé de 64 ans, est atteint de mélanosarcome de la conjonctive palpébrale

de la paupière inférieure droite ; on pratique l'excision en V de la tumeur. Quatre mois après, alors que la guérison opératoire se maintient parfaite, la conjonctive bulbaire est parsemée de points pigmentés, à l'endroit précis correspondant à la partie de la paupière anciennement occupée par la tumeur extirpée : Est-il possible de conclure autrement, que cette récurrence a été le résultat d'une *inoculation* de la conjonctive palpébrale à la conjonctive bulbaire.

Ainsi donc, malgré une ablation précoce et étendue, possibilité de *récurrence locale*, de *métastases* et d'*inoculation*, tels sont les trois facteurs de gravité qui contribuent à assombrir considérablement le pronostic opératoire de ces tumeurs mélaniques.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

CARLO-CAPELLINI, VAN DUYSE, LAGRANGE, en présence de tumeurs petites, limitées, ont pratiqué la *simple énucléation du noyau mélanique*. Dans tous les cas cette opération parcimonieuse a été suivie d'une prompte récurrence locale.

L'Ablation en V, de la portion de paupière où siège la tumeur, a été pratiquée par Blanch, Carlo-Capellini.

L'Ablation large de la paupière avec blépharoplastie fut réalisée par HOHENBERGER ; sa malade guérit, c'est du reste la seule guérison s'étant maintenue intégrale plus de deux ans après l'intervention, parmi nos observations.

L'Ablation totale de la paupière avec exentération de l'orbite fut pratiquée par SCHULTZE, LAGRANGE, THILLIEZ ; la récurrence se produisit dans l'orbite dans les trois cas.

Ainsi, toutes les opérations ont été pratiquées, depuis la plus économique, jusqu'à la plus large ; mais le nombre des interventions est trop restreint pour permettre d'en

tirer des déductions fermes au point de vue de la thérapeutique chirurgicale. C'est plutôt sur ce que nous savons de l'évolution du cancer mélanique en général que nous nous appuyons pour tracer les grandes lignes du traitement chirurgical :

I. — « *Ablation précoce* » : Nous répétons ici la formule que VAN DUYSE préconisait déjà en 1887 (*Annales d'Oculistique*, 1887, p. 126). Bien que cette ablation précoce ne soit pas une garantie pour l'avenir des malades, nous venons de le voir à propos du pronostic, c'est du moins une condition indispensable si l'on veut espérer un adoucissement aux affres du pronostic opératoire.

II. — *L'étendue de l'Ablation* présente, au contraire, quelques variantes suivant le cas auquel on s'adresse :

a) La tumeur n'est représentée que par une tache mélanique, très bien circonscrite, très limitée, sans aucune infiltration des territoires lymphatiques et des relais ganglionnaires. Ce peut-être un naevus ou déjà un mélanome. A ce stade, la tumeur est un danger pour l'avenir ; son ablation est une opération de prévoyance au même titre que l'ablation d'une tumeur mixte de la parotide. On s'adressera dans ce cas à l'*ablation simple en V du lambeau de paupière* occupé par la tumeur.

b) La tache mélanique évolue sur place ; ce qui se traduit par l'augmentation de volume, l'apparition des symptômes : fourmillements, prurit, bourgeonnement, hémorragies : *Ablation simple en V, comme précédemment, complétée par l'extirpation systématique, de parti pris, des territoires lymphatiques*. Le ganglion prétragien est le plus souvent envahi ; il faut en faire systématiquement l'ablation. Mais il faut bien se dire que maintes fois

cette ablation du ganglion prétragien sera illusoire, car nous savons qu'il n'est pas le seul et obligatoire aboutissant des lymphatiques des paupières. Si nous nous rapportons au travail du docteur G. Samperi : « Sui linfatici delle palpebre e loro vie di deflusso » (XI^e Congrès d'ophtalmologie de Naples, 1909), nous lisons :

Il existe trois réseaux lymphatiques aux paupières :

- 1° Un réseau sous-cutané ;
- 2° Un réseau prétarsien ;
- 3° Un réseau rétro-tarsien ou sous-conjonctival.

Ces trois réseaux se réunissent au niveau du bord ciliaire en une sorte de réseau marginal occupant toute son épaisseur. Ils se réunissent également au niveau des commissures externe et interne. De là les vaisseaux vont aboutir :

1° Ceux de la commissure interne, *aux ganglions sous-maxillaires* ;

2° Ceux de la partie externe, *aux ganglions prétragien et parotidiens superficiels et profonds*.

Finalement, par l'intermédiaire des ganglions sous-maxillaires, prétragien, parotidiens, les vaisseaux lymphatiques des paupières parviennent *aux ganglions cervicaux profonds* qui flanquent la veine jugulaire interne dans la région où elle reçoit la veine faciale.

c) Tumeur en évolution sur place, avec ganglions perceptibles.

C'est l'*Ablation large sur place* qui s'impose, complétée par l'extirpation des ganglions. Une blépharoplastie appropriée remédie à l'ablation de la paupière.

d) La tumeur, après avoir évolué sur place, dans la paupière, s'est propagée à la conjonctive bulbaire, à l'orbite. Ce sont les cas extrêmes, où l'*exentération de l'orbite*

est seule de mise ; l'opération se *complète toujours de l'extirpation des ganglions et de l'Ablation large de la paupière.*

e) Notre cas est spécial :

D'une part, tache mélanique sur place (bord ciliaire) sans aucune modification ;

D'autre part, ganglions à grande distance (aisselle du côté opposé) dont l'envahissement paraît difficilement explicable : Peut-être ce foyer ganglionnaire a-t-il été alimenté par de petites embolie...; ce qui est certain, c'est que l'envahissement lymphatique ne s'est pas fait de proche en proche.

On a *pratiqué l'Ablation simple en V* de la tumeur palpébrale, et *l'extirpation de la masse ganglionnaire.*

Des contre-indications à l'intervention :

L'existence de métastases ne doit pas être une contre-indication absolue à l'exérèse sur place ; il faut toujours, tant que la tumeur n'a pas atteint et rongé le massif facial, faire une ablation dont la valeur, en tant qu'opération de propreté, n'est pas négligeable.

Les métastases amèneront la mort du malade, c'est certain ; mais au moins, aurons-nous réussi, parfois, grâce à l'intervention, à préserver le malade de l'affreux supplice d'un délabrement de la face, tel que celui décrit par THILLIEZ.

OBSERVATIONS

OBSERVATION II

RICHET : *In* clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Rapportée par le *Mouvement médical* 1879.

Sarcome fasciculé mélanique de la conjonctive palpébrale

Pas d'examen histologique.

Tumeur ayant eu comme point de départ la conjonctive palpébrale ; présente en certains points une apparence noirâtre... *La mélanose est un signe de malignité dans ces tumeurs et elle a une influence considérable sur le pronostic...* Les sarcomes mélaniques ont une grande tendance à la récurrence et à la généralisation. Peut-être les *ganglions parotidiens* sont-ils envahis, mon intention étant d'enlever ces ganglions pour les soumettre à un examen minutieux. Quant au sang que nous avons recueilli l'autre jour, nous n'y avons découvert aucune trace d'éléments mélaniques. Je me bornerai à vous faire observer la très grande fréquence de la mélanose dans les tumeurs de l'œil, sans vous donner de ce fait clinique d'autre explication.

OBSERVATION III

GALENGA : *Annales d'ophtalmologie* (1885).

Sarcome mélanique de la paupière supérieure droite

Femme, 34 ans.

Etude clinique. — La malade avait débuté par une petite

tumeur noire, au milieu du bord ciliaire de la paupière supérieure droite.

1° Cette tumeur, enlevée par la ligature, une autre se forma un mois et demi après, dans l'épaisseur même de la paupière. Les dimensions de cette nouvelle tumeur 15 mois après son début étaient celles d'une grosse noisette. C'est alors que la malade fut admise à la clinique avec le diagnostic : *sarcome mélanique de 2/3 internes de la paupière avec angiectasie probable*. La peau était mobile au-dessus de la tumeur, celle-ci faisait une légère proéminence noire au-dessus de la conjonctive. *Trois bosselures étaient saisissables au doigt sur la portion attenante au bord ciliaire* ; le reste de la surface était lisse.

2° Opération le 24 mai, excision complète de la tumeur ; la malade quitte la clinique le 9 juin.

Etude anatomo-pathologique. — Dimensions de la tumeur : 0,020 largeur, 0,018 hauteur, 0,016 épaisseur. La surface de section est très noire, mais on peut voir vers le bord ciliaire un petit nodule de couleur rougeâtre.

L'examen microscopique fait voir dans la peau et dans le muscle orbiculaire correspondant à la partie inférieure de la tumeur une infiltration de cellules embryonnaires jeunes. Dans le reste de leur étendue, ces parties sont intactes. La tumeur est enveloppée en haut, en avant, et en bas, par une capsule de tissu conjonctif serré.

Un noyau adjacent à la masse principale de la tumeur existe à la partie postéro-supérieure de celle-ci. Il ne présente que quelques amas de pigments.

Un deuxième nodule, celui du bord ciliaire, siège au devant du muscle de Riolan dont il est séparé par un tissu connectif lâche infiltré abondamment de cellules. Un tissu connectif semblable le sépare en haut de fibres inférieures du muscle orbiculaire. Il se trouve enfin placé entre les infundibuli des glandes du bord palpébral. En dedans il est en rapport avec le conduit lacrymal resté intact.

1° La grosse tumeur est formée de cellules rondes, petites et grandes et surtout de cellules fusiformes. Le pigment est disposé, tantôt en amas ronds, tantôt en granulations occupant l'intérieur même des cellules.

2° *Le petit nodule pigmenté du bord ciliaire.*

Au centre les cellules sont complètement dépourvues de pigment, on en constate quelques traces dans celles de la périphérie ; quelque peu de pigment existe aussi dans le tissu connectif des cloisons.

3° Le nodule sous-conjonctival de la partie postéro-supérieure se compose presque uniquement de cellules rondes, petites, contenues dans les alvéoles du tissu connectif épais.

Par ci par là, on rencontre de petits amas de pigment immigrés de la tumeur principale.

On peut douter que la première tumeur noire ait été la première à se développer et il faut aussi admettre que son origine est dans le tarse, car on ne découvre plus de trace du cartilage tarse qu'à la partie inférieure, tandis que la conjonctive est parfaitement conservée sur la plus grande étendue de la tumeur.

La connexion est évidente entre la masse principale et le petit nodule d'en-haut ; elle est plus difficile à saisir pour la petite tumeur du bord ciliaire.

OBSERVATION IV

VAN DUYSE : Annales d'oculistique de 1887 (p. 126).

Mélano-sarcome de la conjonctive palpébrale

Ch. Van A., 48 ans, fermier à Hooglede, présente en février 1884, une tumeur de la grosseur d'un haricot, occupant la partie moyenne de la muqueuse de la *paupière inférieure gauche*, de manière à être en partie visible lorsque la *fente palpébrale est ouverte*. Extirpation (Docteur Peterrs, Dixmude).

La tumeur ne paraissait pas intéresser les tissus sous-jacents.

Analyse histologique : *Sarcome fuso-cellulaire mélanique*. Après 7 mois, *récidive* commence. La paupière inférieure est largement envahie, tant la muqueuse que les tissus antérieurs, des nodules *noirâtres* se montrent dans la peau. L'opération proposée : excision avec blépharoplastie, n'est pas acceptée. La progression de la tumeur vers les tissus voisins a été

relativement lente. L'accroissement s'est surtout effectué du côté de la joue, mais à l'heure qu'il est, *le globe oculaire est encore indemne et l'état général est satisfaisant.*

Il est possible que quelques-uns des sarcomes de la paupière dont nous avons rapporté les analyses, aient pris naissance dans la conjonctive palpébrale et c'est pour cette raison que nous avons tenu à ne pas séparer les sarcomes de la conjonctive palpébrale de ceux qui sont nés dans l'épaisseur de la paupière.

Les uns et les autres demandent une intervention rapide et une opération aussi radicale que possible.

Des faits exposés plus haut, on peut déduire les *conclusions suivantes* : 1° *Le sarcome de la paupière* se caractérise par la rapidité de son évolution et la fréquence de ses récidives ; 2° Les sarcomes de la *conjonctive palpébrale* qui semblent se caractériser plus *spécialement* par leur forme papillaire, se développent également avec une grande rapidité et ne sont pas moins *malins* que ceux qui débutent dans le tissu connectif intra-palpébral. Eux aussi appartiennent aux formes parvicellulaires, surtout à la variété des sarcomes fuso-cellulaires *pigmentés* dont le développement est relativement plus lent.

OBSERVATION V

GALEZOWSKY : Recueil d'ophtalmologie, 1888 (p. 13-16).

*Epithélioma mélanique péricornéen, avec nodule également épithélial et mélanique du bord palpébral (ciliaire)
Extirpation et cautérisation de la plaie au galvano-cautère.
Double récidive.*

Mme Savard, âgée de 63 ans, demeurant à Montréuil-sous-Bois, se présenta à la consultation le 3 août 1887.

Elle vient me demander conseil pour une altération de l'œil gauche qui la préoccupe vivement et dont elle s'est fait traiter assez longuement par un confrère. En effet la cornée de l'œil gauche est entourée, dans presque toute son étendue, d'une masse noirâtre, bosselée, fort saillante dans la partie externe et s'étendant de façon irrégulière, jusqu'à 1 centimètre et

plus sur la conjonctive à partir de la cornée transparente empiétant sur la cornée même.

Du même côté de la conjonctive, sur le bord de la masse droite, on voit des paquets de vaisseaux s'avancant du cul-de-sac et envahissant la tumeur, mais ils ne s'étendent pas très loin à sa surface. Enfin, dans un point de la *conjonctive palpébrale*, tout près du point lacrymal inférieur, on voit un autre *noyau noirâtre* sans saillie.

Le ganglion préauriculaire est fortement développé, mais insensible au toucher. Cette tumeur mélanique avait débuté au printemps de 1886, par un point noir sur le bord externe de la cornée. En juillet, l'affection ayant fort progressé, Mme S... s'adressa à un confrère qui prescrivit des lotions bori-quées et, en septembre 1886, fit une opération et enleva toute la tumeur.

Quatre mois après le mal récidivait, se développait sur place rapidement, jusqu'au point où nous le trouvons au début de notre observation. L'examen des ganglions de la *face et du cou* n'a rien fait découvrir que *l'engorgement du ganglion préauriculaire* dont nous avons déjà parlé.

Le 12 octobre 1887, *j'ai pratiqué la première opération.* Extirpation de la tumeur suivie de cautérisation de la paupière.

J'ai excisé ensuite et cautérisé un point de la paupière inférieure atteint de mélano-sarcome, près du point lacrymal. La cornée reprit sa transparence normale ; de sorte qu'à partir de ce moment on pouvait considérer l'œil comme guéri ; on ne voyait aucune tache noire, rien qui indiquât la présence d'un noyau quelconque de mélano-sarcome qui aurait échappé à l'extirpation. Néanmoins, le mal récidiva au bout de 2 mois et demi et j'ai dû pratiquer une deuxième opération et l'application du galvano-cautère. L'œil a guéri au bout de 8 jours, et on ne sait pas si cette fois l'opération sera définitive et s'il n'y aura pas une nouvelle récurrence.

Examen microscopique. — Epithélioma mélanique de l'œil : Une coupe pratiquée perpendiculairement à la surface nous montre en allant de dehors en dedans : une couche *épithéliale* épaisse, à cellules stratifiées dont les plus externes sont en voie de desquamation.

Elles sont munies d'un noyau volumineux et beaucoup présentent un protoplasma *infiltré de granulations pigmentaires noires ou jaunâtres*. Cette couche n'envoie pas de partie conique dans la profondeur du tissu connectif sous-jacent, mais montre seulement quelques échancrures dans lesquelles pénètrent quelques saillies papillaires riches en éléments embryonnaires et parsemés également de granulations *pigmentaires*.

Le derme est rempli de petites cellules arrondies, alternant avec des amas pigmentaires.

Les vaisseaux sont abondants et dilatés, quelques-uns sont rompus et ont donné lieu à des infiltrations sanguines entre les éléments conjonctifs. Le tissu semble sain à la limite de la zone enlevée (Latteux). *Les petites tumeurs qui se trouvaient développées sur le bord palpébral, et que j'avais extirpées, présentaient les mêmes altérations que celles du globe, elles étaient du reste implantées sur la surface conjonctivale de la paupière.*

OBSERVATION VI

LAGRANGE : Communication faite à la Société Française d'ophtalmologie (mai 1891).

(Rapporté in Etudes sur les tumeurs de l'œil et annexes (1904)..

Tumeur mélanique sous-conjonctivale de la paupière gauche supérieure

Extirpation, récédive deux ans après.

Homme, 70 ans. *Influence du traumatisme.*

Etude clinique. — Jean G... entre à l'hôpital Saint-André (à Lyon) pour une tumeur de la paupière supérieure gauche.

Antécédents personnels. — Kératite droite il y a dix ans, terminée par un leucome opaque supprimant presque la vision. En juin 1890, Jean G... reçoit un vigoureux coup de bâton sur la tempe gauche, occasionnant un hématome dans la paupière supérieure. Le sang se résorbe lentement. Quelques semaines après, le malade constate dans l'épaisseur de la paupière l'existence d'une tumeur dure, régulière de même volume qu'au moment où il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — A l'entrée à la clinique, Jean G... porte à la

paupière gauche une tumeur grosse comme une noix. Elle semble faire saillie sous la paupière soulevée et déformée. A la surface de la tumeur, la peau glisse facilement et la palpation fait sentir à travers le tégument normal dans sa couleur et son épaisseur une masse assez dure, un peu irrégulière, mobile dans tous les sens, sans adhérence au squelette, sans ramifications dans l'orbite. A travers la demi-transparence de la peau on distingue la couleur noire du néoplasme.

Le bord libre de la paupière est intact, le cul-de-sac conjonctival est tout à fait normal. La *conjonctive bulbaire* présente en plusieurs points des taches noirâtres qui tranchent sur l'aspect nacré de la sclérotique.

Ces taches paraissent s'être développées en même temps que la tumeur et pour les mêmes causes. La paupière inférieure ne présente rien de particulier. Nulle trace d'engorgement ganglionnaire. Etat général excellent.

Il s'agit donc d'une tumeur datant de trois mois, survenue après un traumatisme, localisée dans le *tissu cellulaire de la paupière*, entre le cartilage tarse et la peau.

Caractères cliniques. — Mobilité entière, pas de douleurs, *état stationnaire depuis plusieurs mois, intégrité du globe oculaire* et de conjonctive ; ces caractères pourraient faire croire à une tumeur bénigne. Mais la coloration *noirâtre*, les petites taches pigmentées de la conjonctive indiquent un néoplasme mélanique.

Opération. — Enucléation de la tumeur qui est facile.

Etude anatomo-pathologique. — Volume de la tumeur : celui d'une petite noix ; ovoïde, assez régulière en surface. Aspect d'une truffe. La coupe a également l'aspect d'une coupe de truffe. En râclant la surface de section, on aperçoit quelques fines travées fibreuses. Sur les coupes on voit des cellules fusiformes formant quelques faisceaux ; et des cellules rondes, prédominant, de 10 à 12 μ . de diamètre, présentant un ou plusieurs noyaux. Quelques travées fibreuses et quelques vaisseaux rares ; α pigment mélanique abondant ; hémorragies récentes à la périphérie.

La tumeur est limitée du côté de la conjonctive par un trousseau fibreux riche en fibres élastiques, colorées en jaune par le picrocarmine.

Si l'on traite une coupe par l'acide sulfurique, les éléments cellulaires disparaissent, le pigment reste intact ; le tissu de la tumeur se recroqueville, et il reste une masse translucide, au milieu de laquelle le pigment se détache nettement. Le pigment se présente sous trois aspects : 1° de gros amas conglomérés, irréguliers ; 2° de globes ronds, ce sont des cellules dont le noyau a été étouffé, le protoplasma détruit et qui sont farcies de poussières mélaniques ; 3° de granulations libres de pigment.

Diagnostic histologique. — Sarcome mélanique à mélanique à jeunes cellules.

Récidive deux ans après.

OBSERVATION VII

HOHENBERGER (*Archiv. für ophthalm. von Graefe's*, Leipzig, 1892.
B. 38, Ab. 2, p. 150).

Nævus pigmentaire de la paupière au début de sa dégénérescence en sarcome

Les tumeurs primitives des paupières sont rares.

Parmi elles, les *sarcomes non pigmentés* et d'après Michel (*Lehrbuch der Augenheilkunde*), les sarcomes à petites cellules rondes évoluant rapidement, ainsi que les myxosarcomes se rencontrent principalement chez des enfants.

Au contraire, le *sarcome mélanique* se voit chez les gens âgés, et siège avec prédilection, dans le voisinage du bord ciliaire palpébral.

La malade est une jeune fille de 26 ans, de Würzburg.

Porte depuis sa naissance, sur les paupières de l'œil gauche, une tache pigmentée (*Nævus*), qui a toujours paru aussi foncée et aussi étendue qu'à ce jour. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels, sauf inflammation légère, vers sa 14^e année, du cuir ciliaire et de la conjonctive palpébrale de l'O. G. Ces points inflammatoires ont duré 12 ans, avec des rémissions. Peu à peu la peau de la paupière supérieure devint sèche, et plus épaisse. En 1875, se montra sur la paupière inf., tout près de l'angle interne, un petit nodule qui se mit à croître lentement.

O. D. a toujours été sain.

Examen du *Professeur Helferich*, en 1878 :

La peau des paupières (sup. et inf.) de l'O. G. offre une *forte pigmentation*. A la paupière sup., le pigment s'étend jusqu'au sourcil; la paup. inf., la pointe du triangle qu'il dessine, descend jusqu'au milieu du pourtour osseux de l'orbite. Les parties pigmentées sont saillantes et rêches au toucher. Sur le *cuir ciliaire* de la paup. inf. on aperçoit, éloignés de 5 millimètres de l'angle externe, et de 10 millimètres de l'angle interne, 13 *petits nodules*, en forme de cône et de teinte brunnâtre. Plus près de l'angle interne se trouve le *nodule* signalé plus haut, dont le début remonte à 1875; sa teinte est *violet foncé*. Le ganglion préauriculaire n'est pas augmenté de volume. Le diagnostic du professeur Helferich : *Dégénérescence maligne d'une tache pigmentaire congénitale ou nævus*.

Opération. — Ablation large en V aux deux paupières de l'O. G. Réparation par une blépharoplastie, de la perte de substance.

Examen histologique des parties voisines du bord ciliaire des deux paupières, mais de la paup. inf. surtout; épiderme dentelé avec des saillies correspondant à des papilles développées démesurément; les cellules des papilles et du « *stratum réticulaire* » de la peau, se sont multipliées en certains endroits, jusqu'à supplanter totalement le tissu fibreux : Ce sont évidemment des foyers de sarcome à cellules rondes. Toutes les cellules ne sont pas pigmentées. De temps en temps, on en rencontre un amas de pigmentées. Toutes ne sont pas arrondies; en quelques endroits, on saisit la *tendance fusiforme* des cellules. Ainsi le développement est très atypique.

Conclusion. — La tumeur diffère d'un simple nævus, par sa texture atypique. Avons-nous affaire à un sarcome provenant d'un nævus, qui depuis longtemps se trouvait à l'état inflammatoire?... je le crois; les *petits nodules pigmentés du bord ciliaire palpébral* ne correspondent plus à l'image d'un simple nævus. Ils offrent une *structure atypique* qui signe le diagnostic histologique de « *sarcome* ».

Comme nous l'avons vu, toutes les cellules ne sont pas pigmentées, mais il n'y a pas de doute que sous l'influence de l'évolution, la *pigmentation se serait étendue à toutes les cel-*

lules de la tumeur, et que nous sommes en présence d'un *sarcome mélanique au début de son évolution*. C'est aussi l'opinion du professeur Rindfleisch. D'après lui, toutes les cellules sarcomateuses ont un *premier stade sans pigment*, et la *teinte noir sépia* dénote seulement le degré le plus avancé de la pigmentation, au terme de l'évolution de la tumeur.

Nous n'avons pu trouver dans la Littérature, de cas semblable, concernant un *nævus pigmentaire des paupières*. Cependant sur les autres parties du corps, cette éventualité est fréquente. Quant au pronostic général de *mélano-sarcome*, on sait *qu'il est absolument fatal*, plus encore que pour le sarcome non pigmenté, si l'on n'a pas pratiqué une *ablation très précoce*. Et même dans les cas opérés très tôt, la vie est encore dangereusement compromise par la tendance particulière de ce genre de tumeur, d'abord à la *récidive locale*, puis à la formation de *métastases précoces*.

Etat actuel de notre malade : Il en va tout autrement chez elle; le 31 janvier 1891, *soit treize ans après l'opération*, nous la revoyons. Pas trace de récidive, à peine voit-on les cicatrices opératoires. Pendant ces treize ans, elle s'est mariée, et a trois enfants sains.

L'orbiculaire est puissant et clôt les paupières sans effort.

De cette observation, il se dégage qu'en face d'une tumeur aussi maligne que le *mélanosarcome*, on peut toujours *espérer une guérison définitive*, à la condition « *sine qua none* », d'*opérer assez tôt et de façon suffisamment large*.

OBSERVATION VIII

BLANCH (*Recueil d'Ophthalmologie*, octobre 1882)

Mélanosarcome de la conjonctive palpébrale

Femme, 56 ans, blanchisseuse.

10 ans auparavant, petit point noir sur la cornée, disparu sans traitement; 1 an après, grosseur du vol. d'un grain de chènevis, dans l'angle interne de l'œil. On l'enleva aux ciseaux;

4 mois après apparurent les premiers symptômes qui amènent la malade à la clinique.

Etat actuel. — Paupière sup.: rien extérieurement; en la renversant: on voit une tumeur placée sous la conj., du vol. d'une fève, composée de deux noyaux. Pigmentation plus accusée au centre que sur les bords; surface rugueuse au toucher. Pas d'engorgement ganglionnaire. Larmolement, photophobie légère. Fond d'œil normal. Diagnostic porté: Mélanosarcome de la paupière supérieure.

Première opération : Enucléation de la tumeur.

Examen microscopique : On distingue une masse homogène formée par de la substance finement granuleuse, de couleur rosée, qui occupe les deux tiers de la préparation au-dessous du cartilage tarse et qui entoure de petits vaisseaux sans parois distinctes; dans certains endroits, cette masse est comme criblée par des dépôts de pigment en forme d'îlots. Cette substance granuleuse est composée de petites cellules embryonnaires s'avancant jusqu'au tarse.

Certaines de ces cellules sont remplies par une substance noirâtre qui les rend opaques.

Conclusion : sarcome mélanique ayant pris son origine dans le tissu conjonctif sous-conjonctival, dont on ne trouve plus que des débris, empiète un peu sur le tissu du tarse, s'arrête au niveau du muscle orbiculaire; est formé de cellules rondes; pas d'éléments interstitiels; vaisseaux sans parois, propres; infiltration pigmentaire mélanique.

OBSERVATION IX

SCHULTZE (*Klinische Monastblätter, für Aug.* 1894, p. 6-10.)

Sarcome mélanique des conjonctives bulbaire et palpébrale

H. de W..., âgée de 61 ans, vient à la clinique de Berlin le 19 décembre 1888. Elle a remarqué, il y a déjà trois ans, la présence d'un néoplasme se développant lentement à l'œil droit.

Examen : O. G., normal.

O. D. : tumeur arrondie de 6 millimètres de larg. et 3 millimètres de haut., adhérente à la conjonctive au niveau du limbe

cornéen (tiers supérieur) et mobile sur la sclérotique. Toute la conj. bulbaire est irrégulièrement tachetée de petits amas de pigment brun ou noir, surtout dans le voisinage de la tumeur.

La *conjonctive palpébrale supérieure* est brunâtre par place dans son tiers temporal, partout ailleurs elle est *noir de charbon*; sa surface est unie. Sur la *conj. palpébrale inférieure*, on distingue aussi une place brun-noirâtre dans le tiers temporal.

Première opération : le 20 décembre 1888, extirpation de la tumeur. L'examen microscopique révèle un mélanosarcome à grosses cellules.

Récidive : le 16 octobre 1889, je constatai :

O. G., normal. O. D., paupière normale; la *conj. bulbaire et palpébrale est, comme il y a un an, parsemée de nombreux petits amas pigmentés, surtout la conj. palpébrale sup.*

A la même place, sur le limbe, nouvelle tumeur arrondie en tout semblable à la première.

Deuxième opération : La malade refusant l'énucléation, on doit se borner à enlever la tumeur du limbe, ainsi que les amas pigmentés de la conj. palpébrale et bulbaire. La malade sort le 28 octobre, avec encore un certain nombre de points pigmentés sur les parties conservées de la conjonctive, car l'ablation totale de cette conjonctive (refusée du reste par la malade) aurait entraîné un symblépharon total.

Le 7 avril 1891, la malade consulte le docteur Göpfel, de Francfort, qui tente le traitement par les injections de « Pyoktanin », alors fort en vogue. Ce traitement échoue.

Le 12 juin 1891, la malade vient me trouver à nouveau.

Examen : La malade présente sur la *paupière supérieure* une tumeur qui mesure : horizontalement, 6 centimètres; verticalement, 3 centimètres, s'étendant de la racine du nez à la frontière temporale de l'orbite, et des cils aux sourcils. La peau de la paupière est mobile sur la tumeur, mais apparaît bleutée. Un nodule, comme une noisette, a refoulé la conj. bulbaire devant lui, jusque sur la cornée. Acuité visuelle presque nulle. Pas de ganglions engorgés. Violentes douleurs dans l'orbite et le front.

Troisième opération : Exentération de l'orbite et ablation de la paupière supérieure jusqu'au ras du pourtour osseux de

l'orbite; après ablation du cuir ciliaire inférieur, on suture la peau sur l'orbite vide.

La malade part guérie trois semaines après. Nous n'avons plus vu cette femme; le maire de son pays nous écrit qu'elle est morte d'une « attaque » en mars 1892; « l'œil s'est bien comporté » ajoutait-il; d'où l'on doit conclure qu'il ne s'était produit ni récurrence, ni métastase, 10 mois après l'exentération.

Histologiquement, la tumeur est un sarcome mélanique fusocellulaire.

Conclusion : Cette observation montre *quelle opiniâtre tendance à la récurrence*, caractérise le *sarcome mélanique de la conjonctive bulbaire ou palpébrale*; elle montre aussi le danger éloigné des métastases. Devant un développement aussi considérable de la tumeur, il ne *fallait pas songer à ménager le globe*. Quand on se trouve en présence de tumeurs de ce genre, et dès que leur grosseur varie entre celle d'un pois et celle d'un haricot, on doit, comme pour les récurrences, ne pas se contenter de l'énucléation, mais recourir à l'extirpation complète de la tumeur.

OBSERVATION X

(Bien que ce soit une tumeur *secondaire* de la conjonctive palpébrale, nous en rapportons tout de même l'observation, parce qu'elle démontre la possibilité de l'inoculation).

ADAM SZULISLAWSKI (*Centralblatt für Augenheilk.*
Oct. 1896, p. 304-307).

Mélanosarcome du limbe ayant récidivé un an après l'opération dans la conjonctive palpébrale

R. L..., cultivateur, entre à la clinique le 16 avril 1895. Agé de 55 ans. Robuste. Rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires et personnels. Marié, trois enfants sains. A remarqué depuis un an, à l'O. D. un nodule foncé, qui, au début, comme un grain de mil, grossissait au fur et à mesure, jusqu'au vol. d'un pois, en peu de mois, et gênait l'occlusion des paupières.

Examen : O. D. : Paupières et conj. palp. normales. De la moitié externe de la fente palpébrale, sort une tumeur grosse comme une noisette, noirâtre, dont la surface est lisse et bril-

lante. La tumeur, dure au toucher, chevauche sur le limbe, de telle sorte que sa moitié externe paraît très adhérente à la sclérotique, sur une étendue de 6 à 8 millimètres; tandis que sa moitié interne vient reposer sur la cornée, jusque dans l'aire pupillaire. La base de la tumeur n'est pas mobilisable. Fond d'œil normal.

Diagnostic : *mélano-sarcome de la cornée.*

Première opération : le 18 avril 1895, on extirpe le néoplasme et l'on cautérise sa base d'implantation. Guérison opératoire le 8 mai 1895.

Récidive : le 2 juin 1896, on constate chez le malade un *développement exagéré et surprenant de la paupière sup. droite.* Il dit avoir remarqué, depuis la fin août 1895 (exactement 4 mois après l'extirpation du mélanosarcome de la cornée), un épaissement de la paupière sup. droite, qui augmente avec le temps, et présentait depuis les deux derniers mois, un accroissement rapide.

Examen : De loin, on distingue déjà que la moitié externe de la paupière supérieure droite est écartée du globe, par une grosseur du vol. d'une noix. La peau de la paupière sup. est mobile sur la tumeur, sauf sur une étendue de 12 millimètres, où elle lui est intimement adhérente.

Sur le globe rien d'anormal, sauf la fine cicatrice opératoire.

Diagnostic : *Mélanosarcome de la conjonctive palpébrale.*

Deuxième opération : le 5 juin 1896, extirpation en V de la nouvelle tumeur. Le 14 juin, le malade sort guéri. Jusqu'en octobre, au moment de notre publication (5 mois après la deuxième opération), nous n'avons toujours pas revu le malade.

Examen histologique : Au microscope, on reconnaît dans la tumeur un *sarcome mélanique* à petites cellules contenant très peu de tissu connectif, très vasculaire.

En réfléchissant à cette observation, on est hanté par cette question : « *Comment, de quelle manière s'est développée la deuxième tumeur ?* » Nous allons passer en revue toutes les possibilités :

1° La deuxième tumeur a pu se développer indépen-

damment de la première ; autrement dit, *spontanément* ;

2° La deuxième tumeur est une métastase de la première ;

3° La deuxième tumeur provient d'une *Inoculation de la première*, à la conj. palpébrale.

1) La première possibilité, c'est-à-dire la supposition que la deuxième tumeur est une tumeur primitive, développée spontanément, paraît la plus invraisemblable, si l'on pense combien rare est la localisation sur la conj. tarsienne, des tumeurs surtout celles de ce genre (sarc. mel.) et que le limbe est le siège de prédilection du sarcome mélanique. D'autre part, le fait que la deuxième tumeur a débuté si peu de temps après la première oblige à penser qu'il y a une *relation plus étroite* entre les deux tumeurs.

D'autant plus que notre malade appartenant à cette catégorie de gens qui ne s'écoutent pas pour un rien, le début de la deuxième tumeur doit être reporté à une *époque antérieure* à la fin août, fixée par le malade.

2) Les métastases se produisent ordinairement par la voie des vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Cette dernière voie n'est la règle que pour les sarcomes survenant dans un tissu très vasculaire, autrement on l'observe très rarement, et la voie sanguine n'est empruntée, dans la formation de métastases, que si le sarcome primitif est le siège d'un *traumatisme* qui ouvre aux cellules cancéreuses la porte de la voie sanguine. Un coup d'œil sur l'histoire de notre malade suffit à nous prouver que notre cas ne renfermait pas les conditions nécessaires à la production de *métastases par embolies*.

Quant à savoir si la deuxième tumeur s'est propagée, ou non, par la voie lymphatique, il faut entrer dans le détail de la disposition des vaisseaux lymphatiques dans la conjonctive. La première description de ces derniers est celle de Teichmann : il distingue les lymphatiques de la *conj. cornéenne* (c'est-à-dire du limbe) et les lymphatiques de la *conj. sclérale*.

Le réseau du limbe s'anastomose avec le réseau scléral qui se jette dans des troncs qui gagnent l'angle interne et l'angle externe de l'œil. Cette description fut confirmée par Waldeyer qui signale en l'accentuant ce qui précisément est de la plus haute importance dans notre cas, à savoir que : « les vaisseaux lymphatiques se réunissent
« pour gagner respectivement l'angle interne et externe
« de l'œil. J'ai pu, après emploi de l'extrait éthéré de
« noix d'Anacardium, suivre les voies lymphatiques de la
« conjonctive bulbaire seulement. Ceux-là du moins, et
« spécialement sur les yeux humains, j'ai pu les suivre
« très facilement et d'une façon constante. »

D'après ces recherches, la possibilité d'une métastase de la conjonctive bulbaire, vers la conjonctive tarsienne, est pleinement écartée.

3) Grâce aux résultats positifs de l'*Inoculation* de tumeurs nouvelles de Von Wehr, Hanaù, Eiselberg, la doctrine de l'*Inoculation des tumeurs* franchit les barrières de la théorie, pour entrer dans le domaine, péniblement atteint, des faits scientifiques.

Il existe de nombreuses observations cliniques, où des tumeurs se sont transmises et développées de cette façon : Kaufmann (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1888) ; Kebs, Kraske, Moxon, Erbse, Lüeffe, etc...

Conclusion : La tumeur palpébrale a été le résultat d'une *Inoculation de la tumeur primitive* de la conjonctive bulbaire, à la conjonctive palpébrale.

OBSERVATION XI

GUIBERT (*Bulletin et Mémoires de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1896)

Sarcome mélanique de la paupière inférieure gauche

Homme, 48 ans. — Brûlure antérieure de la face.

Etude clinique. — *Antécédents personnels*: brûlure à la joue gauche à 10 mois. Quand le malade se présente à la consultation du docteur Guibert, la paupière supérieure, la tempe, la paupière inférieure du côté gauche sont recouvertes de tissu cicatriciel. La *paupière supérieure fortement en ectropion offre un énorme bourrelet conjonctival*.

Jusqu'à l'âge de 10 ans, le malade a vu de l'œil gauche un peu moins que de l'œil droit.

A cet âge, il reçut en classe, un coup d'ongle d'un camarade, il se forma une taie, et à partir de cette date l'œil gauche n'a plus rien distingué.

Il y a un an, le malade a remarqué sur la *partie brûlée* de la paupière inférieure une *petite « grosseur » dure*, siégeant sur le *rebord palpébral*. Cette grosseur s'est accrue considérablement depuis 8 mois. L'œil était larmoyant, mais à aucun moment il ne s'est produit d'hémorragie au niveau du néoplasme. Pas de douleurs au début, ce n'est que depuis trois mois que la souffrance n'a fait qu'augmenter chaque jour : élancements du côté du nez, fourmillements dans la paupière. Pas de céphalée, pas de ganglion préauriculaire. L'état général est excellent; il n'y a pas d'amaigrissement, les urines sont normales.

Etat actuel : La *paupière inférieure forme un énorme ectropion noirâtre*.

La tumeur mesure au moins 2 centimètres d'épaisseur de son bord externe à son bord interne. Sa face supérieure noirâtre est framboisée, mamelonnée, inégale. La face antérieure est

formée par la peau saine et non adhérente, mais congestionnée. Sa face supérieure n'adhère pas au globe de l'œil.

Les doigts saisissent la tumeur en dehors et en dedans, constatant qu'elle est libre d'adhérences, tandis qu'en dedans elle adhère du côté du nez et légèrement en haut à la paupière supérieure.

Opération le 26 août 1895. Bien qu'il n'y ait pas d'adhérences au *globe oculaire*, celui-ci a été *énuclé* en raison de son mauvais état (taie recouvrant toute la cornée avec pannus). Le prolongement du côté du nez et de la paupière supérieure oblige à ouvrir largement la loge orbitaire.

Etude anatomo-pathologique. — Examen fait par M. le Professeur Lagrangé : Le volume de la tumeur égale celui d'une noisette, la peau est mobile au-dessus d'elle.

Sur une coupe, la surface est blanche, sauf en quelques points, dont l'un au centre, l'autre dans les parties profondes : ces deux régions sont noirâtres.

Au microscope, on aperçoit des cellules conjonctives presque toutes fusiformes; quelques-unes sont adultes. Quelques flots de cellules embryonnaires rondes.

La tumeur s'infiltré dans les fibres de l'orbiculaire. La pigmentation siège surtout au centre.

Ces éléments mélaniques ne sont nullement attaqués par SO^4H^2 pur, dans lequel ils ont baigné sur lame pendant 24 heures. Cet acide a détruit le tissu du néoplasme et non le pigment. Il faut en conclure que les éléments mélaniques de ce néoplasme ne contiennent *pas de fer*. Ils se comportent vis-à-vis du réactif de Perls comme le pigment normal de la choroïde.

Conclusion : La tumeur contient du pigment mélanique directement fabriqué par les tissus et dont l'origine n'est nullement hématique. Cette variété de mélanose est la plus grande et doit faire craindre une récurrence.

Cependant le centre seul de la tumeur est pigmenté.

Diagnostic histologique : Sarcome mélanique constitué par un mélange de cellules fusiformes et embryonnaires, contenant un pigment analogue au pigment choroïdien et ne paraissant pas d'origine hématique.

OBSERVATION XII

KASTALSKAIA (*Clinique Ophtalmologique*, Paris, 1898)

Du mélanosarcome de la paupière, n° 10, page 117

Femme, 31 ans.

Porte une tumeur de la paupière inférieure depuis deux ans, et ce n'est que depuis dix mois qu'elle augmente rapidement. La tumeur est molle et ne cause pas de douleur.

Elle est fortement pigmentée; elle mesure 1 centimètre de longueur et 6 à 7 millimètres de largeur; elle adhère à la peau et ne communique pas avec le tarse. La tumeur se répand sur le *bord libre de la paupière*, mais n'envahit pas la conjonctive.

On peut cependant remarquer une *légère pigmentation de la conjonctive*. L'examen microscopique démontre que c'était un *mélanosarcome*. La malade ne fut pas suivie.

OBSERVATION XIII

THILLIEZ (de Lille) : *Clinique ophtalmologique* (1898).

Sarcome mélanique ressemblant à un chalazion, débutant par la paupière, gagnant le contenu de l'orbite sans attaquer le globe oculaire, et n'ayant pas comprimé le nerf optique.

Femme, 45 ans.

Mme D..., 45 ans, se présente à la consultation Saint-Raphaël, le 18 mars 1893, pour une petite saillie, développée dans la *paupière supérieure gauche*. Elle en fait remonter le début à 10 ans environ. Cette tumeur de la grosseur d'une tête d'épingle, après être restée si *longtemps stationnaire*, s'est développée *depuis 2 mois environ*; où nous la vîmes le volume d'un gros pois: elle ressemblait à un chalazion.

Première opération le 20 mars 1893: L'incision fait comme pour un chalazion fit découvrir des *masses noirâtres* qui modifièrent le diagnostic en celui de *mélano-sarcome*. La tumeur fut extirpée complètement et portée au laboratoire de M. le

professeur Augier, qui confirma le diagnostic. La plaie opératoire guérit facilement.

La malade fut perdue de vue jusqu'au 11 novembre 1893.

Il s'était formé de nombreux bourgeons mélaniques dans la paupière qui fut enlevée totalement.

Deuxième opération : Ablation de la paupière supérieure, 11 novembre 1893.

On fit la *blépharoplasie* au moyen d'un lambeau temporal.

La malade revient le 8 janvier 1895 pour des douleurs atroces dans les régions orbitaires, périorbitaires et de l'exophtalmie.

Le globe de l'œil était repoussé en avant, mais intact au moins extérieurement. L'examen du fond de l'œil ne fit découvrir aucune lésion ; *acuité visuelle normale*. Derrière le globe, on sentait une tumeur qui le débordait en haut et en dehors. *Diagnostic : Mélano-sarcome de l'orbite, secondaire au mélanosarcome primitif de la paupière précédemment opérée.*

Troisième opération : Le curage de l'orbite est fait le 9 janvier 1895.

La malade resta dix-huit jours au dispensaire. *La récurrence commença aussitôt après son départ*, elle fut très rapide au point que vers le mois de janvier 1896, on voyait des masses bourgeonnantes sortir de l'orbite.

Actuellement, 25 novembre 1897, la malade présente une tumeur ulcérée, irrégulière, à bourgeons noirâtres, recouverts d'un liquide purulent à odeur infecte, ayant envahi les tissus voisins et descendant jusqu'à la partie inférieure de la joue pour remonter jusqu'au milieu du front.

Elle repousse le nez à droite et le comprime de façon à rendre la voix nasonnée, elle s'étend de l'autre côté jusqu'à l'oreille. Elle a environ un diamètre de 15 cm. dans tous les sens.

Dans cette observation, *la sclérotique, lors de la deuxième récurrence, avait résisté à l'envahissement*, alors qu'elle se laisse perforer dans le cas de mélano-sarcome primitif de la choroïde et du corps ciliaire.

L'état général était resté excellent ; cependant, lors de la deuxième récurrence, il y avait de l'engorgement ganglionnaire et de l'œdème des membres inférieurs.

Conclusion : Des tumeurs, jusqu'alors bénignes, peuvent rapidement, sous l'influence d'une cause encore inconnue, devenir malignes et envahir rapidement l'organe atteint. *L'extirpation précoce est de rigueur*, quand elle est faite sans dommage au point de vue fonctionnel et esthétique.

OBSERVATION XIV

CARLO-CAPELLINI : *Annali di ottalmogia*, 1899 (p. 487).

Du mélando-sarcome des paupières. Sarcome mélanique de la conjonctive palpébrale.

Femme, 64 ans.

Etude clinique. — N'avait présenté jusqu'alors aucune maladie oculaire. En février 1898 survint *un gonflement de la paupière inférieure droite*. Un médecin de Reggio fit le diagnostic de tumeur kystique de la paupière, mais n'en tenta pas l'extirpation ; la cavité se vida, avec une discrète hémorragie. On nota alors une coloration noirâtre de la soi-disant cavité kystique. Le professeur Saltini vit, pour la première fois, la malade le 27 mai et trouva une tuméfaction du volume d'une *grosse amande*, en correspondance avec le bord adhérent de la paupière, *saillante à la face postérieure et soulevant la conjonctive*.

La conjonctive était mobile sur le néoplasme. Saltini fit le diagnostic de : *tumeur maligne* de la paupière et proposa l'intervention d'urgence.

Première opération le 3 juin : La conjonctive est soigneusement séparée de la tumeur, celle-ci apparaît de couleur légèrement noirâtre, entourée d'une coque continue fort mince.

La réunion de la plaie opératoire se fit rapidement ; mais peu de jours après le professeur Saltini vit que sur le revêtement conjonctival disséqué se manifestait *une coloration brun noirâtre*, qu'il interpréta comme une manifestation secondaire de la néoplasie, pour laquelle il pratiqua *le 17 juin une nou-*

velle opération : ablation d'une portion en V de la paupière comprenant toute l'épaisseur de l'organe. Réunion post-opératoire rapide.

Vers le milieu de septembre, le professeur Saltini revit la malade et nota la persistance de la guérison locale correspondant au point opératoire, mais vit deux petits points pigmentés à la surface bulbaire, dans sa partie inférieure. Saltini transmit à la clinique la tumeur enlevée par la première opération et la partie de la paupière excisée en deuxième lieu.

Etude anatomo-pathologique. — La tumeur est un sarcome à cellules rondes et fusiformes grandes et moyennes, pigmenté en partie, revêtu d'une capsule de tissu conjonctif renfermant en quelques points du tissu adipeux.

D'autres petits amas de cellules adipeuses apparaissent autour de la capsule, ce qui donne à penser que la tumeur s'est développée dans le tissu adipeux qui se trouve entre le tarse et la conjonctive.

Le petit morceau de la paupière examiné montre une infiltration de cellules et d'éléments fortement pigmentés dans la conjonctive et tout autour des glandes muqueuses de Henle qui apparaissent dilatées, et privées en partie de leur épithélium cylindrique. Ces glandes présentent des altérations et la dégénérescence kystique décrites par Wintersteiner (septembre 1898), à propos d'un cas de sarcome de la conjonctive. Les autres parties de la paupière étaient à peu près normales, le tarse seulement un peu aminci.

On fit les réactifs de la mélanine. La méthode de Perls et Quincke donna un résultat négatif ; en employant la méthode de Foa, qui est indiquée pour mettre en évidence seulement les pigments d'origine hématique, le résultat fut nettement négatif.

OBSERVATION XV

LAGRANGE (Traité des tumeurs de l'œil, t. II, p. 689).

*Sarcome mélanique de la conjonctive palpébrale, propagé
à la conjonctive bulbaire.*

M. C..., 52 ans, domestique ; rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires et personnels. L'affection s'est développée

spontanément, son début remonte au printemps 1899. A cette époque, petite masse noirâtre sur la conjonctive bulbaire et augmentation de volume de la paupière, qui devint en quelques mois très épaisse. Elle commença à saigner, il y a environ deux mois.

Depuis juillet 1900, écoulement continuuel d'une sanie rous-sâtre et purulente. Le 17 mars 1900, au moment de notre premier examen, nous constatons que tout le *cul-de-sac supérieur* de la conjonctive est envahi par un néoplasme bourgeonnant, d'un aspect noirâtre.

Ce néoplasme se propage sur la conjonctive bulbaire, au-dessus de la cornée, et là, au niveau du limbe, un bourgeon s'est développé qui recouvre la cornée de façon à gêner complètement la vision de cet œil. La peau est mobile au-dessus du néoplasme, qui occupe surtout la conjonctive et la région sous-conjonctivale. Pas de douleur. Pas d'engorgement ganglionnaire. Amaigrissement. Refuse l'intervention chirurgicale.

Le 14 août 1900, la malade revient avec tumeur beaucoup plus violente, et qui depuis quatre mois n'a cessé de donner lieu à un abondant écoulement sanieux et purulent. Nous proposons à la malade l'*ablation de la paupière supérieure*, et l'*exentération complète* de l'orbite, que nous pratiquons le 17 août 1900.

Récidive dans l'orbite, six mois après l'intervention.

Examen histologique. — Il s'agissait d'un *sarcome mélanique*, et notamment d'un angio-sarcome.

Nous avons pu constater de très intéressants désordres dans les parois même des vaisseaux, et il nous a été possible de saisir, en quelque sorte, le mécanisme des hémorragies, en étudiant l'effondrement des parois vasculaires sous l'influence de la dégénérescence sarcomateuse des vaisseaux.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs mélaniques du bord ciliaire *sont rares* ; on les observe presque exclusivement chez des *sujets âgés*. L'influence d'un *traumatisme*, d'un *état inflammatoire* antérieur du bord ciliaire est manifeste gine du *nævo-carcinome*. Il est intéressant de noter que dans certains cas. Ailleurs, c'est un *nævus* qui est à l'origine parfois la tumeur du bord ciliaire s'est faite par *inoculation* d'une tumeur mélanique de la conjonctive bulbaire.

II. — La tumeur primitive, née dans la profondeur du bord ciliaire à la fois sous la conjonctive palpébrale et le revêtement cutané de la paupière, dans le tissu sous-épithélial, se propage tantôt du côté de la conjonctive, tantôt vers les téguments. *L'intégrité du globe oculaire est la règle*, même lorsque la tumeur a envahi, de proche en proche, ou par *Inoculation*, d'abord la conjonctive bulbaire, puis le tissu cellulaire de l'orbite.

III. — Les adénopathies se font habituellement dans les ganglions prétragien, parotidiens et sous-maxillaires. On peut observer des *adénopathies à distance* dont notre observation est un exemple caractéristique.

IV. — Cliniquement la tache mélanique primitive

(nævus, mélanome) peut avoir une évolution sur place, sans aucun caractère de malignité, durant des années.

A un moment donné elle subit une transformation sur place cliniquement maligne.

Mais on peut observer, alors que la tumeur primitive n'a subi aucune transformation locale cliniquement appréciable, des adénopathies à distance, peut-être des métastases, qui affirment le caractère de malignité de la tumeur primitive.

V. — Le diagnostic des tumeurs mélaniques du bord ciliaire est en général facile ; mais il faut bien savoir que ces tumeurs demandent parfois à être recherchées de façon systématique. Notre observation très curieuse à ce point de vue montre que l'on peut observer des adénopathies mélaniques, en apparence primitives, dont le point de départ est une *tache mélanique, cachée*, du bord ciliaire, dont la découverte est intimément liée à l'examen systématique et méthodique de la conjonctive palpébrale, pratiquement réalisé par le retournement de la paupière.

VI. — Le pronostic est d'une *extrême gravité*, il y a presque toujours récurrence. Il existe une seule observation où la récurrence ne s'est pas montrée dans un délai de deux ans après l'intervention.

VII. — On ne doit pas se baser sur la limitation apparente de la tache mélanique, du nævus, l'absence de tout symptôme clinique de malignité, la date souvent très ancienne de sa constatation, pour en différer l'ablation.

A ce stade l'ablation en V du mélanome peut suffire. Mais en règle générale on doit admettre le principe de l'évidement systématique des territoires ganglionnaires

toutes les fois que la tumeur est entrée dans la phase de l'évolution.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ETIENNE ROLLET.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 décembre 1920.

Pour le Recteur :
Le Doyen de la Faculté de Droit délégué,
JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMUCH. — Quelques observations sur les tumeurs de l'œil (*Knapp's Archiv.*, XI, 1, p. 19-27).
- BAUMGARTEN. — Mélano-sarcome de la conjonctive (*Archiv für Heilk.*, B. 16, p. 270, 1852).
- BLANCH. — Sarcome mélanique de la conjonctive palpébrale (*Recueil d'ophtalmologie*, n° 10, p. 620, octobre 1882).
- BOUSQUET. — Cancer mélanique de la conjonctive (*Bulletin de la Société anatomique*, 1876, p. 602).
- D^r BODET. — Circulation sanguine des paupières (*Thèse de Lyon*, 1920).
- Prof^r BONNET. — La mélanose et les tumeurs mélaniques (*Thèse de Lyon*, 1911).
- COOMES. — Sarcome à cellules rondes des paupières (*Louisville, Méd. News*, t. XIV, p. 38).
- CARLO-CAPELLINI. — Sarcome mélanique faisant saillie sous la conjonctive palpébrale (*Annali di Ottalmogia*, Pavie 1899, p. 487).
- GIBSON. — Mélano-sarcome des paupières (*The Philadelphia Lancet*, 1854).
- GALEZOWSKI. — Tumeur mélanique de la conjonctive palpébrale (*Recueil d'ophtalm.*, p. 9, 1888).
- GUIBERT. — Tumeur mélanique du bord ciliaire palpébral (*Société Française d'Ophtalm.*, 1896).
- GUILLEMET. — Sur certaines formes de tumeurs malignes des paupières (*Thèse de Paris*, 1902).

- GALLENCA. — Tumeur mélanique du bord ciliaire de la paupière sup. droite (*Annales d'ophtalmologie*, 1885).
- GORECKI. — Sarcome de la conjonctive (*Société française d'ophtalm.*, 1892).
- HOEDENS. — *Archiv. f. Opht.* Bd VIII. Abth. 1, p. 623.
- HIRSCHBERG. — Mélano-carcinome de la conjonctive (*Virchow's Archiv.*, t. LI, 1870).
- HORNER. — Vielzelliges melano-sarcome des conjunctiva tarsi (*Monatsblätter, f. Aug.*, 1871, t. IX, p. 4).
- HOHENBERGER. — Pigment naevus des aùgenlides mit beginnendes sarkomatöser degeneration (*Archiv. f. opht. de Graefe*. Bd 38. Leipzig, 1892).
- D^r KASSAPIAN. — Sarcome mélanique de la choroïde propagé au sac lacrymal (*Thèse de Lyon*, 1907).
- KALSTALSKAIA. — Du melano-sarcome de la paupière (*Clinique ophtalmologique*, Paris 1898, p. 117).
- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil, 1904, tome II, p. 675, p. 682, p. 689.
- Sarcome mélanique du tissu cellulaire lâche de la paupière (*Société française d'ophtalmologie* 1891, p. 140).
- LOTINE. — Paupière (*Wratsch*, 12 juillet 1903).
- MANZ. — *Arch. f. Opht.*, vol. XVII, t. II, 1878.
- OTTAVA. — Deux cas de mélano-sarcome des paupières (*Izemescet*, Budapest, p. 65 et 81).
- PANAS. — Traité des maladies des yeux, t. II, p. 290.
- PANAS et RÉMY. — Anatomie pathologique de l'œil. Paris, 1879, p. 6.
- PUTIATA-KERSCHBAUMER. — Das Varkom des Aùges. Wiesbaden 1900.
- RICHET. — Sarcome mélanique de la conjonctive palpébrale (*Mouvement médical*, 15 février 1879).
- Prof^r ROLLET. — Cancer mélanique secondaire du sac (*Archives d'ophtalmologie*, 1906).

- SCHULTZE. — Deux cas remarquables de sarcome mélanique de la conjonctive (*Klin, Monatsblätter* 1894, p. 1).
- SZULISLAWSKI. — *Centralblatt f. Augenheilk*, octobre 1896, p. 301).
- STEFFAN. — *Zehender's Klinisch*, 1864, vol. II, p. 81.
- SCHMIDT. — *Graef's Archiv.*, vol. XVIII, p. 120.
- D^r G. SAMPERI. — Sui linfatici delle palpebre e loro vie di deflusso (XI^e Congrès d'ophtalmologie de Naples, 1909).
- TALKO. — Sarcome mélanique de la conjonctive palpébrale supérieure (*Klin, Monatsblätter f. Aug.*, 1873, t. XI, p. 326).
- THILLIEZ. — Melano-sarcome de la paupière inférieure (*Clinique ophtalmologique*, 1898).
- VAN DUYSE. — Sarcome pigmenté du bord ciliaire palpébral inférieur (*Annales d'oculistique*, 1887).
- VIASEY. — *Annales d'ophtalmologie*, Paris 1898.
- WILMER. — Case of melanotic giant-celled an alveolar myxosarcome of the cyclid (*Société d'opht. américaine*, mai 1894-95).
- DE WECKER et LANDOLT. — *Traité complet d'ophtalmologie* 1880, t. I, p. 114.
- WINTERSTEINER. — Naevus und melanosarkom des Lides (*Société d'opht. de Heidelberg*, 1898).
- ZIMMERMANN. — Sarcome mélanique paraissant avoir pris naissance dans les glandes de Meibonnius (*Ophtalmic Review*, juin 1894).
-

LYON
IMPRIMERIE EXPRESS
- RUE DE LA CHARITÉ -
..... 46

